

Cartilhas

GEDIIB

Doença
Inflamatória
Intestinal na
Infância e
Adolescência



Doença Inflamatória Intestinal na Infância e Adolescência



Esta é uma iniciativa do GEDIIB de favorecer o acesso dos Médicos especialistas em DII a uma forma lúdica de informar seus pacientes sobre aspectos decisivos das doenças. Este material foi produzido pelos médicos do GEDIIB com o intuito de fornecer subsídios lúdicos para Médicos especialistas explicarem as Doenças inflamatórias intestinais aos seus pacientes

O que os pais devem saber sobre Doenças Inflamatórias Intestinais na infância

1. O que são as doenças inflamatórias intestinais(DII) ?

Quando falamos Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) estamos nos referindo a Doença de Crohn (DC) ou a Retocolite Ulcerativa (RCU). Estas são doenças causadas por uma inflamação crônica do trato gastrointestinal, principalmente do intestino.

Retocolite Ulcerativa é caracterizada por uma inflamação contínua na mucosa (parede interna) do intestino grosso, enquanto que na doença de Crohn, esta inflamação não é contínua, e pode ocupar todas as camadas das paredes dos órgãos que vão da boca ao ânus. O envolvimento é mais frequente na parede do intestino delgado, ou melhor, na região do íleo terminal e porção inicial do cólon (intestino grosso). Entretanto, pode acometer só o intestino grosso e assim, às vezes, fica difícil diferenciar da RCU.

2. Quais as causas das DII?

O que sabemos que o indivíduo tem que ter predisposição genética (pode ter outras pessoas na família com DC ou RCU) mais influência de fatores do meio ambiente que alteram a micro-



biota intestinal (as bactérias que normalmente existem no intestino), levando a uma alteração imunológica do intestino que desencadeia a inflamação da mucosa de maneira crônica, isto é, “liga a imunidade” do intestino de modo que ele próprio se inflame e faça as feridas.

Não é culpa ninguém! Não dá para saber antes de pessoa apresentar sintomas, se ela vai ter a doença ou não. Não é causada por tipo de alimento ou presença de stress!

3. São doenças raras? Ocorrem só de adultos?

Antigamente achava-se que eram doenças raras, mas sua incidência (número de casos novos/ano) vem aumentando em todo mundo, principalmente nos países desenvolvidos, com muitos produtos industrializados, onde as crianças não tem mais contato com a natureza. Ambos os sexos são igualmente afetados.

A maioria tem o diagnóstico de DII entre os 15 a 25 anos de idade, apesar da doença poder ocorrer em qualquer idade, até em maiores de 60 anos.

Só 5% dos casos são diagnosticados em crianças menores de 5 anos de idade, sendo que um em cada 10 pacientes com DII tem menos de 18 anos de idade. Portanto seu filho não é o único!

4. Quais os sinais e sintomas mais frequentes?

Quando a doença está na sua fase de atividade (presença de inflamação), os sintomas mais comuns são:

- Diarreia persistente
- Cólicas ou dor abdominal recorrentes
- Urgência para evacuar
- Presença de sangue ou muco nas fezes

- Febre recorrente
- Falta de apetite
- Perda de peso

Nas crianças e adolescentes pode ocorrer **atraso ou parada de crescimento estatural e/ou atraso da maturação sexual**. Estes sintomas podem ocorrer até antes dos sintomas intestinais e só serão normalizadas quando a DII estiver fora de atividade.

Importante: Os sintomas variam muito de paciente para paciente devido ao tipo de doença (DC ou RCU), localização, extensão e a gravidade da inflamação. Na RCU, como reto e extensões variáveis do cólon estão inflamados, geralmente tem mais diarreia e sangramento. Na DC pode ter mais dor abdominal (se lesão no intestino delgado ou estômago), aftas profundas na boca, e às vezes nem ter diarreia. Podem surgir complicações, como abscessos perianais, fístulas (caminhos com saída de secreção) ao redor do ânus ou entre as alças do intestino, estreitamento da luz intestinal (estenose) ou permanecer sempre só com inflamação.

5. Podem ocorrer fora do intestino?

Sim. Tanto a DC como RCU podem ter manifestações extra intestinais, que em alguns casos podem anteceder, ou ocorrer juntos ou depois do surgimento dos sintomas intestinais. Pode



acontecer durante uma crise ou mesmo fora da crise da doença. Portanto, sempre observar:

- Olhos → vermelhidão e dor (uveíte/episclerite)
- Articulações → dor, inchaço (artrite/artralgia)
- Feridas → abscessos, nódulos dolorosos ou ulcerações (eritema nodoso/ pioderma gangrenoso)
- Ossos → osteopenia ou osteoporose/fraturas
- Rins → cálculos
- Fígado → Colangite Esclerosante Primária, Hepatite, Cirrose (+ raras)

6. Como ocorrem as consultas?

As consultas periódicas tanto com o pediatra como com o gastropediatra devem ser

mantidas mesmo que a criança esteja sem sintoma algum!! São necessárias para verificar se o tratamento é eficaz, se a doença está ativa (crise) e se a criança está crescendo e desenvolvendo adequadamente.

Além da coleta da história médica onde se avalia a presença de sintomas, os antecedentes de doenças da criança e da família, realiza-se o exame físico completo, inclusive com avaliação perianal e toque retal.

Entre os exames laboratoriais mais comumente pedidos estão:

- Hemograma → anemia, infecção, plaquetas aumentadas = podem significar inflamação ativa
- PCR e ou VHS → marcadores de atividade inflamatória
- TGO, TGP, GGT, FA, BTF → verificar se tem

alguma alteração no funcionamento do fígado.

- Ureia, Creatinina, urina 1 → controle de função renal
- Proteínas totais e frações → controle de albumina (avaliar presença de inflamação ou desnutrição)
- Parasitológico de fezes (PPF) → excluir parasitoses intestinais
- Calprotectina fecal → marcador de atividade inflamatória nas fezes

Podem ser solicitados exames radiológicos para visualizar áreas do intestino delgado não avaliadas pela endoscopia digestiva alta e a colonoscopia, ou detectar estenoses e fístulas.

- RX contrastado = Trânsito Intestinal
- Tomografia computadorizada abdominal
- Ressonância Magnética de abdome

Exames endoscópicos com biopsias para verificação da localização, extensão e grau de atividade inflamatória. De tempos em tempos podem ser repetidas para controle. Lembrando que temos dois tipos de endoscopia.

- Endoscopia digestiva alta: o aparelho é introduzido pela boca, paciente em jejum prévio, sob anestesia. Visualiza esôfago, estômago e duodeno até segunda porção.

- Colonoscopia: o aparelho é introduzido pelo ânus, após limpeza intestinal com lavagens e medicamentos, sob efeito de anestesia. Visualiza reto, sigmoide, cólon esquerdo, cólon transverso, cólon ascendente e íleo terminal.

Quem indicará quando e qual exame fazer será o gastropediatra!

7. A doença tem cura?

Não. As DII não têm cura até o momento, mas tem controle! O tratamento tem como objetivo induzir o desaparecimento dos sintomas clínicos e das alterações laboratoriais e endoscópicas.

Por ser uma doença crônica, podem ocorrer outras crises com os mesmos sintomas iniciais mais ou menos intensos, e por isso o tratamento adequado e as visitas periódicas ao médico são tão importantes!

Quanto mais controlada a inflamação, melhor qualidade de vida e menos riscos de complicações!

8. Como se trata a DII?

A meta do tratamento é atingir e manter a remissão dos sintomas clínicos, da atividade laboratorial e endoscópica, para que a criança tenha uma vida normal!



Existem varias opções de tratamento dependendo dos sintomas, localização, extensão, gravidade da doença naquele momento. Somente o gastropediatra saberá indicar o melhor para a criança!

Principais medicamentos utilizados:

- **Aminossalicilatos (sulfassalazina, mesalazina)**

Apresentação: Comprimidos, cápsulas, sachês, enemas ou supositórios.

Atuam em todo intestino grosso, em especial na doença em atividade leve a moderada. Não diminuem a imunidade, mas sim a inflamação. Também usados na fase manutenção da Retocolite Ulcerativa.

- **Corticoides (prednisona, prednisolona, budesonida, metilprednisolona, hidrocortisona)**

Apresentação: comprimidos, solução ou supositórios, venoso.

Tem ação anti-inflamatória potente e imunossupressora.

Utilizado na fase aguda para induzir a remissão, mas **nunca devem ser usados por longos períodos** ou na fase de manutenção do tratamento devido ao grande numero de efeitos colaterais, principalmente em crianças, afetando desenvolvimento ósseo e crescimento.

- **Imunossupressores (azatioprina, mercaptopurina, metotrexato, ciclosporina)**

Utilizados via oral ou intramuscular.

Tem ação imunossupressora, isto é, diminuem a imunidade do paciente.

São eficazes na fase de manutenção do tratamento, mas devem ser observados alguns cuidados especiais para não ter outras doenças devido a imunidade baixa.

- **Antibióticos**

Mais comumente utilizados são metronidazol ou ciprofloxacina, mas dependendo da idade da criança outros devem ser utilizados. Ajudam nos casos de abscessos, doenças fistulizantes ou complicações da doença, pacientes mais graves, pós-operatórios ou outros sinais de infecção.

Cada caso deve ser analisado por seu médico.

- **Terapia biológica (infiximabe, adalimumabe)**

São medicamentos desenvolvidos por engenharia genética (anticorpos monoclonais) que atuam em etapas do processo inflamatório bloqueando substâncias que levam a inflamação.

- **Infiximabe aplicado endovenoso.**

Fase de indução aplicação dia 0, 15 e 30 dias.

Fase de manutenção a cada 8 semanas.

- **Adalimumabe aplicado subcutâneo a cada 14 dias.**

Existem outros imunobiológicos utilizados na DII de adultos, mas ainda não liberados para menores de 18 anos.

Observação: Para crianças e adolescentes outra opção para indução da remissão, sem o uso de corticoides, é a **nutrição enteral exclusiva (NEE)** por 6 a 8 semanas, com dieta líquida com fórmula especial polimérica, via oral ou se a criança não aceitar, por sonda naso gástrica.

Neste caso o médico vai receitar o volume e a fórmula adequada “tipo leite de bebê”, e o paciente só se alimenta disto além de água, por 6 a 8 semanas. Os resultados de redução dos sintomas e de recuperação nutricional são excelentes e sem os efeitos colaterais dos corticoides. Na pratica não é fácil, mas vale muito a pena!

9. Como saber se a criança está entrando em crise?

Observar sempre: aspecto das fezes se voltar a diarreia, sangue ou até se tiver dificuldade para evacuar; dor abdominal recorrente; febre recorrente; perda de peso; dores articulares; lesões de pele; aftas; feridas ao redor do ânus ou saída de pus; vermelhidão e dor nos olhos, parada do crescimento ou da maturação sexual, por exemplo parada da menstruação.

Estes são alguns dos parâmetros clínicos de atividade da doença.

Através dos exames laboratoriais também há dicas de atividade da doença como: aumento das plaquetas, do PCR e VHS, diminuição da albumina e aumento da calprotectina fecal. Às vezes os exames laboratoriais se alteram mesmo antes dos sintomas, por isso é muito importante fazer os exames e passar no especialista periodicamente.



10. Como saber se a criança está com a doença controlada?

Quando está sem sintomas clínicos ou mínimos e os exames laboratoriais estão bons, pode-se dizer que a criança está na fase de remissão da doença.

Claro que ele pode ter febre, dor na barriga e diarreia como qualquer outra pessoa da idade dele, por isso é importante ter muitas informações sobre a doença e tirar as dúvidas com o médico sempre, para se sentir mais segura e passar essa tranquilidade para a criança ou adolescente. Queremos que ele tenha uma vida normal, sem excessos de proteção!

11. Quais cuidados com a alimentação?

Na fase de crise, atividade da doença, geralmente há relativa intolerância à lactose e alguns alimentos que devem ser retirados da dieta. Importante sempre manter uma dieta balanceada, saudável e adequada às necessidades nutricionais da faixa etária, evitando produtos industrializados e guloseimas, para garantir um bom estado nutricional.

Em alguns casos suplementamos a alimentação com dieta pronta (fórmula polimérica - usada na Nutrição Enteral Exclusiva) ou algum outro suplemento para melhorar a nutrição do paciente e repor vitaminas ou ferro.

12. O que devo avisar ao pediatra que acompanha meu filho desde que ele nasceu?

Sempre o pediatra que acompanha a criança teve saber do tratamento com o gastropediatra (até ter o contato dele) para trocarem informações.

O pediatra deve monitorar crescimento e desenvolvimento e também aqueles sinais de alerta de atividade da doença discutidos na questão 9.

Pacientes com DII **não devem utilizar antiinflamatórios não hormonais**, como ibuprofeno, nimesulida, diclofenaco ácido acetilsalicílico e naproxeno.

Importante: Pacientes em uso de imunossuppressores (Por exemplo, azatioprina ou terapia biológica) **não podem receber vacina de vírus vivo**, como a febre amarela, rotavirus, caxumba, rubéola e sarampo (tríplice viral), varicela e varíola, BCG e POLIO (gotinha)!

Como tem imunidade baixa, qualquer infecção deve receber logo antibioticoterapia.

13. Existe a necessidades de ser acompanhado por outros especialistas?

Sempre a equipe multidisciplinar dará uma melhor assistência.

O ideal será acompanhar com o pediatra e o gastropediatra, que se necessário indicarão um ci-

urgião coloproctologista, nutricionista, psicólogo e, para os que tomam medicações injetáveis, uma enfermeira que conheça bem DII para dar todo o suporte necessário para uma infância saudável.

14. Existe risco de necessidade de cirurgia?

Sim. A maioria dos pacientes com DII em algum momento da vida podem necessitar de algum procedimento cirúrgico, desde a drenagem de abscesso, limpeza e correção das fístulas até grandes cirurgias para retirada de segmento do intestino quando a atividade da doença é muito grande e os medicamentos não estão conseguindo “segurar”. O gastropediatra vai discutir com os pais e adolescente quando isso for necessário e provavelmente encaminhar para um cirurgião pediátrico ou coloproctologista de confiança, com experiência em DII para rever o caso.

15. Quando a criança for adulta que médico irá tratar dela?

Geralmente os gastropediatras atendem até os 18 anos de idade, mas indicam um gastroenterologista de adulto ou coloproctologista com experiência em DII para manter o seguimento, enviando um relatório completo de toda a evolução e exames do paciente ou consultas de transição para o serviço de adulto (passa

em algumas consultas com o gastropediatra e outras com o novo especialista).

Afinal foram anos de troca de experiências e confiança, para que agora seu filho, já consciente da doença que tem, do tipo de tratamento e seguimento possa partir para a vida adulta, mantendo sua doença controlada.

Comete ao médico colaborar na educação da criança, informando-a de que quanto maior o controle, melhor ela vai se sentir. Conhecer bem sua doença vai lhe dar autonomia na adolescência.

Importante informar-se com outros pacien-



tes (associações, grupos de internet) e consulte sites de instituições confiáveis e atualizadas como GEDIIB (Grupo de Estudos das Doenças Inflamatórias do Brasil) e ABCD (Associação Brasileira de Colite e Doença de Crohn).



Autora: Dra. Adriana N. S. Catapani

Gastropediatra do Núcleo de DII da Faculdade de Medicina do ABC e Membro do GEDIIB

Copyright @ gediib, 2017
Direitos totais reservados com exclusividade pelo Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil - GEDIIB
Reprodução total ou parcial proibida.
Av. Brigadeiro Faria Lima 2391 - 10 andar -
CEP 01452-000
www.gediib.org.br

Cartilhas

GEDIIB

GRUPO DE ESTUDOS DA
DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL DO BRASIL

www.gediib.org.br

Apoio Institucional

